Rok XXXII. Kraków, 25. Listopada 1893. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem.

Przez
Władysława Biegańskiego,
lekarza szpitala N. P. M. w Częstochowie.

Tumas[1]), badając zachowanie się krwi w rozmaitych chorobach zakaźnych, zwrócił pierwszy uwagę na stałe występowanie leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Wprawdzie poprzednio już Virchow[2]) i Halla[3]) spostrzegali także powiększenie się ilości białych ciałek krwi w zapaleniu płuc, autorzy ci jednak nie kładli wielkiego nacisku na okoliczność przez siebie wykrytą i przez to nie wywołali ogólnego zainteresowania się kwestyą leukocytozy w zapaleniu płuc. Dopiero po ogłoszeniu spostrzeżeń Tumasa (1887) spotykamy cały szereg prac w tym względzie. Jaksch[4]) luźnym spostrzeżeniom Tumasa na zasadzie swych badań nadał nawet pewne praktyczne znaczenie. Autor ten wysnuł wniosek, że obecność lub brak leukocytozy może być ważną wskazówką dyagnostyczną w rozróżnianiu zapalenia płuc włóknikowego od tyfusu. Następnie tenże autor zwrócił uwagę, że w przebiegu pewnych, ciężkich przypadków zapalenia płuc leukocytoza nie występuje, zkąd wypływa, że zachowanie się białych ciałek krwi może mieć także pewne prognostyczne a nawet terapeutyczne znaczenie. Terapeutyczne dlatego, gdyż zdaniem Jakscha, podając środki lekarskie wywołujące leukocytozę, będziemy w stanie w ciężkich przypadkach zapalenia płuc zmienić zachowanie się krwi do warunków prawidłowego odczynu. Śmiałe przypuszczenia Jakscha wywołały żywy ruch w tym względzie. Limbeck[1]), Sadler[2]), Nikodze[3]), Rieder[4]) ogłosili cały szereg spostrzeżeń, sprawdzających po części przypuszczalne poglądy Jakscha. Przez to cała ta kwestya zeszła na grunt praktyczny i równocześnie nabrała większego znaczenia.

Badania własne, których rezultaty mam zamiar podać w niniejszej pracy, zacząłem w połowie zeszłego roku także w celu sprawdzenia przypuszczalnych poglądów Jakscha. Wobec niewielkiego materyału, jakim rozporządzam w małym szpitalu prowincyonalnym, zdołałem przez rok zebrać tylko 12 przypadków zapalenia płuc, 3 przypadki gruźlicy, 3 przypadki tyfusu brzusznego, 6 przypadków zapalenia opłucnej i jeden przypadek ostrego zapalenia oskrzeli. Krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe badano szczegółowo, o ile można było, codziennie i tym sposobem dokonano około 70 badań krwi; inne przypadki badano tylko dla porównania; takich porównawczych badań jest około 30.

Badanie krwi uskuteczniano za pomocą liczenia czerwonych krążków i białych ciałek krwi w przyrządzie Thoma-Zeissa oraz przez liczenie białych ciałek krwi na zabarwionych preparatach. Szczegółów o sposobie samego badania, o zachowanych ostrożnościach tutaj nie przytaczam; wyłożyłem je bowiem obszerniej w poprzedniej swojej pracy:

[1]) Tumas: Ueber die Schwankungen der Blutkörperzahl und des Haemoglobingehalts des Blutes im Verlaufe einiger Infektionskrankheiten. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1887.

[2]) Virchow: Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin. 1856. cyt. przez Schulza.

[3]) Halla: Ueber den Haemoglobingehalt des Blutes und die quantitativen Verhältnisse der rothen u. weissen Blutkörperchen bei acuten fieberhaften Krankheiten. Zeitschrift für Heilkunde. 1883.

[4]) Jaksch: Klinische Diagnostik innerer Krankheiten. 1889.

[1]) Limbeck: Klinisches und experimentelles über entzündliche Leukocytose. Zeitschr. f. Heilkunde. 1893.

[2]) Sadler: Klinische Untersuchungen über die Zahl der corpusculären Elemente und den Haemoglobingehalts des Blutes. Fortschritte der Medicin. 1892.

[3]) Nikodze: Anat. patol. krwi w zapaleniu płuc włóknikowem. Dysert. 1890. cyt. przez Kleina.

[4]) Rieder: Ueber das numerische Verhalten der weissen Blutzellen bei Influenza, krupöser und katarrhalischer Pneumonie. Münch. med. Wschrft. 1892.

O zmianach krwi pod wpływem przymiotu [1]). Co do podziału leukocytów trzymałem się również tej samej, co i poprzednio zasady, t. j. odróżniałem cztery tylko rodzaje białych ciałek krwi, mianowicie: wielojądrowe (leukocyty), jednojądrowe (duże limfocyty), jednojądrowe małe (małe limfocyty) i eozynofilne. Komórki t. zw. przejściowe zaliczałem do wielojądrowych [2]). Czas badania wybierano przedobiedni, mniej więcej od 11. do 12. godziny rano a to głównie w celu uniknięcia leukocytozy występującej w czasie trawienia i możliwych wskutek tego omyłek. W leczeniu unikałem stósowania kamfory, antypiryny i innych środków, o których wiadomo, że sprowadzają leukocytozę. Używałem tylko środków wykrztuśnych, morfiny i kofeiny.

Przystępujemy obecnie do wyników ze swych badań. Z 12 przypadków zapalenia płuc w 10 choroba skończyła się zupełnem rozejściem się, wyzdrowieniem, w dwóch zaś przypadkach zejście było śmiertelne. Otóż we wszystkich 10 przypadkach, w których choroba skończyła się zupełnem rozejściem się sprawy zapalnej, leukocytoza była wyraźna i stała. Leukocytoza zaczyna się zwykle zaraz od początku choroby. Nie mieliśmy możności badania krwi w samym początku podczas dreszczu; w jednym jednak przypadku badaliśmy krew w 18 godzin od początkowego dreszczu i znaleźliśmy już wyraźną leukocytozę (14,000 białych ciałek krwi w 1 sześć. mm.). Ilość białych ciałek w 1 sześciennym milimetrze krwi była różną, od 12,000 do 52,000, najczęściej 18—20,000, czyli ilość leukocytów była średnio 3 razy większą, aniżeli w okolicznościach prawidłowych (7—8,000). Największą ilość białych ciałek krwi znajdywaliśmy w samym końcu choroby przed krytycznym spadkiem ciepłoty. Podczas przesilenia leukocytoza odrazu wyraźnie zmniejsza się i ilość białych ciałek krwi najczęściej w 24 godzin wraca do granic prawidłowych albo nawet spada niżej prawidła czyli normy (4—6,000). W przypadkach, w których spadek gorączki odbywa się powoli, t. zw. spadek *per lysim*, tam też i leukocytoza powoli ustępuje. Jeżeli w przebiegu choroby występuje t. zw. przesilenie rzekome (*pseudocrisis*), to leukocytoza nie zmniejsza się, lecz przeciwnie pozostaje w dawnym stopniu.

Wszystko to są ogólne zasady, wywiedzione z przeważnej liczby przypadków. Wyjątki od tych zasad zdarzają się często. Na 8 przypadków zapalenia płuc, które zakończyły się krytycznie (przesileniem), tylko w 6 leukocytoza wyraźnie odrazu opadła, w dwóch zaś leukocytoza po przesileniu zmniejszyła się tylko i wróciła do granic prawidłowych w jednym przypadku na drugi dzień a w drugim na trzeci dzień po przesileniu. W obu tych przypadkach leukocytoza podczas gorączki była znaczna; ilość białych ciałek przechodziła 30,000 w jednym sz. mm. krwi. W obu tych przypadkach również sprawa zapalna w płucach powoli się rozchodziła. Rzekome przesilenie *(pseudocrisis)* spotykaliśmy w dwóch przypadkach. W jednym na czwarty dzień choroby wystąpił spadek ciepłoty do 36.5° r. i 37° w., leukocytoza jednak nie ustąpiła a trzymała się w granicach, w jakich ją znaleźliśmy poprzedniego dnia (30,000); na piętnasty dzień ciepłota znów się podniosła do 38·5° i dopiero na szesnasty dzień choroby wróciła stale do normy a równocześnie leukocytoza spadła na 14,000 b. c. k. w 1 sz. mm. W drugim przypadku na czwarty dzień choroby znaleźliśmy spadek ciepłoty do 37·3° i równocześnie ilość leukocytów spadła z 18,000 na 8,000; tymczasem już wieczorem tegoż dnia ciepłota podniosła się do 39·5° i choroba trwała jeszcze trzy dni, aż zakończyła się 8 dnia przesileniem rzeczywistem; w ciągu gorączki leukocytoza znowu wystąpiła i pozostawała w jednej mierze do przesilenia. — Dodać musimy, że mówiąc tu o rzekomem przesileniu mamy na myśli niespodziewane, krótko trwające spadki ciepłoty, po których choroba znów się obostrza i trwa od 24 godzin do kilku dni. Nie wliczamy zaś tutaj tych niewielkich wzniesień ciepłoty, które występują pierwszego lub drugiego wieczora po przesileniu rzeczywistem i które żadnego wpływu na przebieg leukocytozy nie okazują.

W dwóch przypadkach zapalenia płuc z zejściem śmiertelnem leukocytozy nie było. W jednym przypadku zaraz po przybyciu chorej do szpitala, znaleźliśmy leukocytozę (16,000), jednak już następnego dnia ilość białych ciałek krwi spadła do 4,000 i w takim stopniu trzymała się do samej śmierci chorej przez trzy dni. W drugim przypadku obserwowaliśmy chorego tylko dwa dni. Chory przybył do szpitala 5. dnia choroby i badanie krwi dokonane wtedy pokazało 4,000 białych ciałek w 1 sześć. mm. krwi; szóstego dnia chory zmarł. W obu przypadkach sekcya wykazała zapalenie płuc w okresie szarego zwątrobienia.

Powyższe rezultaty otrzymaliśmy z badań krwi za pomocą liczenia białych ciałek. Teraz musimy wspomnieć o rezultatach badania zabarwionych preparatów. We wszystkich przypadkach zapalenia płuc, gdzie tylko spostrzegano leukocytozę, znajdywaliśmy dość znaczne powiększenie się komórek wielojądrowych. W prawidłowych okolicznościach komórki wielojądrowe stanowią 75% wszystkich białych ciałek krwi; tymczasem w przypadkach leukocytozy w zapaleniu płuc włóknikowem spotykamy 80—90% wielojądrowych komórek. Stósownie zmniejsza się liczba limfocytów małych i dużych. Głównie stósunkowa liczba małych limfocytów wyraźnie zmniejsza się; duże nie ulegają takim znacznym wahaniom. Spotykamy więc małych limfocytów 15—10 a nawet czasem 6% tylko, zamiast prawidłowego 20—23%. To zmniejszenie ilości limfocytów jest tylko względnem; ogólna ich ilość jest taka sama, jak i w okolicznoćciach prawidłowych. Jeżeli na 20,000 białych ciałek krwi znajdujemy 8% naprzykład małych limfocytów, to ilość tych ostatnich w 1 sześć. mm. równa się 1,600, co w zupełności odpowiada okolicznościom prawidłowym, gdzie na 7,000 białych ciałek w 1 sześć. mm. limfocytów spotykamy 20% czyli w ogólnej ilości 1,400—1,600 na jeden sześć. mm. krwi. W przypadpadkach, gdzie leukocytoza jest znaczna, gdzie dochodzi 30—40,000, tam ilość limfocytów pomimo wyraźnego procentowego zmniejszenia się jest większa, aniżeli prawidłowa; dochodzi bowiem 3—4000, w jednym sześć. mm. krwi. Równocześnie zauważyć możemy, że krew chorych na zapalenie płuc podczas trwania leukocytozy nie zawiera wcale eozynofilnych komórek. We wszystkich 10 przypadkach ani razu

[1]) *Przegląd lekarski.* 1890.

[2]) Klein w swej pracy p. t.: Kilka słów o badaniu klinicznem krwi. *Medycyna.* 1893., wyróżnia 10 rodzajów białych ciałek krwi. Z tych pierwszy i drugi odpowiadają małym i dużym limfocytom, trzeci rodzaj obejmuje komórki przejściowe, czwarty i siódmy rodzaj przedstawiają właściwie leukocyty w rozpadzie; piąty rodzaj Kleina odpowiada naszym komórkom wielojądrowym a szósty eozynofilnym. Trzy ostatnie rodzaje, jako bardzo rzadko napotykane, bez szkody mogliśmy wypuścić w opisie.

nie zdarzyło mi się znaleść jednej choćby komórki, barwiącej się właściwym sposobem eozyną. Bardzo mało również w tejże krwi znajdujemy i płytek Bizzozera.

Powyżej skreślony obraz wyraźnie się zmienia, jeżeli badamy krew po spadku ciepłoty, po przesileniu się choroby. Wtedy ilość komórek wielojądrowych zmniejsza się do 60 a nawet 44%, ilość zaś małych limfocytów stósownie się powiększa do 30—41%. I ilość dużych limfocytów zwiększa się niekiedy do 10% kiedy prawidłowo stanowią one 2—3%. I to zwiększenie się ilości limfocytów jest tylko pozorne. Jeżeli w końcowych okresach choroby przy 20,000 białych ciałek krwi było 1,600—1,800 małych limfocytów, to równą prawie ilość widujemy po przesileniu, licząc 30% limfocytów w ogólnej liczbie 6000. Jednem słowem limfocyty ulegają bardzo niewielkim zmianom co do ilości; ilość ich pozostaje i podczas leukocytozy i po ustąpieniu jej równą lub przedstawia bardzo niewielkie różnice. Ulegają tylko wyraźnym ilościowym zmianom komórki wielojądrowe, których liczba, wynosząca podczas leukocytozy 16—24,000, spada do 4,000 po przesileniu się choroby (prawidłowo 5—6,000 w jednym sz. mm. krwi). (C. d. n.).

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał

prof. Dr. A. Czyżewicz.

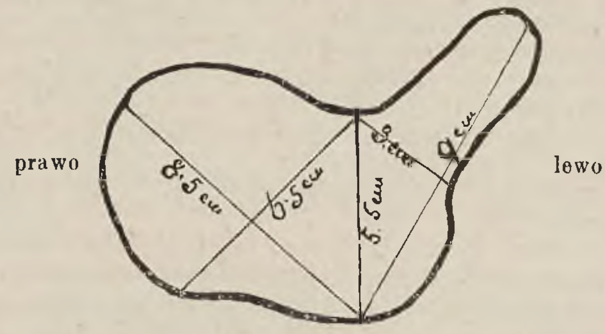
(Dok. Patrz Nr. 46.)

II. Marya M., lat 20, rz. kat., stanu wolnego, służąca, zamieszkała we Lwowie, przybyła do kliniki dnia 5. stycznia 1892 r. jako brzemienna. Wywiady bez znaczenia. Karlica mająca 131 cm. długości ciała, licho odżywiona, o wiotkich mięśniach, z objawami bardzo znacznej krzywicy. Żebra w końcach przychrząstkowych zgrubiałe, kręgosłup od 5. do 11. kręgu piersiowego skrzywiony ku stronie prawej i tyłowi, w części lędźwiowej znacznie ku przodowi wygięty, kość krzyżowa mocno ku tyłowi, guziczkowa prawie pod prostym kątem do krzyżowej przyczepiona, mało ruchoma. Kończyny dolne równej długości (chora leży), od grzebienia kości biodrowej *(crista ossis ilaei)* do pięty po 71 cm., natomiast do kolana na prawej nodze 32 cm., na lewej 35 cm. Kości podudzia wygięte ku środkowi, kształtu szabli tureckiej. Ruchy chorej niepewne, chodząc przegina tułów z jednej strony na drugą. Brzuch mocno obwisły; świeże pręgi. Dno macicy 7 cm. poniżej wyrostka mieczykowatego; położenie płodu czaszkowe I. ruchome, tętno jego wyraźne. Pochwa wydłużona, część pochwowa na 2 cm. długa, wysoko po stronie lewej. Ujście macicy zewnętrzne gładkie, przepuszcza koniec palca.

Wymiary miednicy: *interspinalis 22 cm., intercristalis 23, intertrochantericus 28* (musiał wypaść nieco ukośnie), *conj. extr. 13, diagonal. 7, vera 5·5 cm.* Guzy siedzeniowe od siebie 11 cm. Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od największej wypukłości linii bezimiennej po stronie prawej 8·5, po lewej 9 cm. Odległość wzgórka kości krzyżowej od przeciwległego brzegu linii bezimiennej, ponad otworem owalnym, po prawej 6·5, po lewej 3 cm. Wzgórek kości krzyżowej skierowany ku lewej połowie miednicy, wciśnięty do wchodu, ścieśnia znacznie więcej lewą jego połowę. Lewa połowa miednicy jest tak wązka, że palec wprowadzony czuje jednocześnie tylny i przedni brzeg linii granicznej i łatwo dostaje się do największej a końcowej jej wypukłości. Kość krzyżowa mocno zwichnięta ku tyłowi i stronie lewej, guziczkowa sterczy do wychodu.

Rozpoznanie: Ciężarna pierwiastka w ostatnim miesiącu ciąży, z położeniem czaszkowem I. ruchomem żywego płodu, z miednicą krzywicową, niepomiarową, w najwyższym stopniu ścieśnioną. Bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego.

Kształt wchodu miednicy — wymiary w połowie naturalnej wielkości.



Poleciłem chorej ciepłe kąpiele co kilka dni i obmywanie brzucha wodą sublimatową 1°/₀₀. Dnia 1. lutego wieczorem wystąpiły bóle w krzyżach z wyraźnemi obkurczeniami macicy, przestanki bardzo nierówne. Pozostała w łóżku. Badana 5. lutego okazuje wyraźną czynność porodową. Ujście zewn. macicy na wielkość centa rozwarte; palec dochodzi do błon płodowych i do ruchomej główki, wysoko ułożonej. Obserwując chorą dokładnie przez dłuższy czas a szczególnie w ostatnich dniach, nabrałem przekonania, że wobec nadmiarowego rozszerzenia macicy o cienkich ścianach, znacznej ilości wód płodowych i leniwej czynności porodowej, będę miał do czynienia z bezwładnością macicy. Postanowiłem użyć do cięcia cesarskiego metody Porry i czekać z wykonaniem operacyi tylko do czasu, jak wystąpią bóle porodowe w regularnych odstępach bez względu na ich siłę. Chora zgodziła się na operacyę i jedyną jej troską było, co pocznie z dzieckiem, którego wyżywić nie potrafi. Dnia 8. lutego dopiero od nocy występowały bóle porodowe w regularnych odstępach i tegoż dnia o godzinie 4. po południu, przy wyraźnej czynności porodowej od przeszło 12 godzin trwającej, ujściu macicznem na $1\frac{1}{2}$ cm. średnicy rozwartem, przystąpiłem do operacyi.

Narkoza chloroformowa na stole operacyjnym w pokoju oddziału chirurgicznego dobrze ogrzanym; obmycie brzucha wodą sublimatową, z oczyszczeniem i usunięciem włosów, odprowadzenie moczu. Cięcie wzdłuż linii białej na 18 cm. długie, jak przy I. Wytoczenie olbrzymiej macicy przed powłoki brzuszne. Utrzymanie jelit i sieci ciepłemi kompresami z założeniem poza wytoczoną macicę szwu bezpieczeństwa w powłokach brzusznych. Objęcie macicy oburącz przez asystenta w wysokości ujścia wewnętrznego. Przednia ściana macicy okazuje grube, mocno wypełnione żyły, z których wnosiłem, że natrafię na łożysko na przedniej ścianie. Cięcie macicy wysoko, prawie w dnie, doszło nie do błon płodowych, tylko do miąższu łożyska, szybkie rozszerzenie rany ku dołowi po palcach odklejających łożysko, krzywemi mocnemi nożyczkami, szybkie odklejenie mniejszej połowy łożyska, wydobycie za nogi dziecka, które zaraz mocno krzyczeć zaczęło, i odpępnienie; odklejenie reszty łożyska i wydobycie popłodu. Znaczny krwotok. Macica po wypróżnieniu wcale nie kurczy się; pomimo wszelkich środków pobudzających do ściągania, wygląda jak duży kapciuch i krwawi mocno. W miejsce rąk komprymujących opaska elastyczna, dokładnie przyciągnięta. Podwiązanie jedwabiem obu perymetryów, przypalenie Paquelinem i odcięcie za jednym razem całej macicy powyżej podwiązki. Następnie przypaliłem brzegi rany i szyję macicy. Opaska elastyczna popuściła teraz i musiałem poniżej założyć drugą silniej przydzierzgniętą. Wskutek tego było napięcie szypułki za mocne i utrudniało zeszycie jej otrzewnej z otrzewną przeciętą jamy brzucha, w celu zamknięcia zupełnego jamy błony brzusznej. Przez miąższ kikuta przebiłem dwie mocne igły, w celu umocowania go w powłokach brzusznych. Oczyszczenie jamy brzucha. Na powłoki brzuszne 8 szwów węzełkowych, omijających otrzewnę i szew ciągły, powierz-

chowny. Oczyszczenie pola operacyjnego, posypanie kikuta i rany proszkiem jodoformowym, zwykły opatrunek uciskający.

Operacya trwała 45 minut. Dziecko płci męzkiej ważące 3800 grm., długie na 53 cm., do pępka na 27 cm. Obwód główki 36, prosty 11, ukośny 13, poprzeczny 10 i 8.5, szerokość barków 10·5 cm. Łożysko 500 grm. na 20 cm. długie a na 14 cm. szerokie.

Pierwszą noc po operacyi chora spała spokojnie, żadnych wymiotów.

9. lutego ciepłota 37, tętno 64, wieczór ciepł. 37·6, t. 78, wino.

10. ciepł. 37, t. 72, wiecz. ciepł. 37·7, t. 70, kilka razy wymioty.

11. ciepł. 37·2, t. 60, wiecz. ciepł. 37, t. 80, mleko.

12. ciepł. 37, t. 60. W południe podniosła się ciepłota do 38, t. 80, *galactostasis*, wieczór spadła na 37·8, t. 78.

13. ciepł. 37, t. 66, wiecz. ciepł. 37·5, t. 80.

14. ciepł. 37·2, t. 70, wiecz. ciepł. 37, t. 80. Tak samo do 17. lutego, w którym zdjęto opatrunek. Był całkiem suchy. Z powodu braku stolca olej rącznikowy: 2 stolce; wieczorem wzdęcie: makowiec. Zamiast jodoformu do posypywania dermatol.

18. lutego dostała mięso, 22. lutego przy zmianie opatrzenia wyjęto szwy głębokie, w otworach nakłucia ślady ropy, 28. lutego odjęto szwy powierzchowne, wszędzie pierwozrost. 6. marca odpadł kikut amputacyjny suchy, twardy, koloru ciemno-cisawego, pozostał mały, brodawkujący lejek, który po dwukrotnem pomazaniu azotanem rtęciowym w ciągu tygodnia całkiem się zabliźnił.

W celu odżywienia operowanej oraz wynalezienia dla dziecka jej jakiegoś umieszczenia, aby go wraz z matką. nie mającą śladu pokarmu w piersiach, nie wyrzucić na ulicę, trzymałem je w klinice do 20. kwietnia. Matka była dobrze odżywiona, zajmowała się od 5 tygodni już drobnemi posługami; dziecko znakomicie odkarmione, tłuste, duże, umieściłem w prywatnym zakładzie podrzutków. W kilka dni dostało ono ostrego nieżytu kiszek i w 14 dni w szpitaliku dzieci umarło.

Przebieg więc gojenia rany był bezgorączkowy, za pomocą pierwozrostu, bez żadnych komplikacyj. W 4 tygodnie wygojenie zupełne.

III. Breidla K., izraelitka, lat 41, żona żebraka, przysłana w bolach porodowych z Leżajska ($2^1/_2$ mil wozem, 18 koleją) do kliniki 16. lipca 1892. o godz. 4. w nocy. Pierwiastka, brzuch mocno obwisły, dno macicy 5. cm. poniżej wyrostka mieczykowatego, położenie płodu czaszkowe I. ruchome. Z części pochwowej tylko rąbek z ujściem przepuszczającem palec, wysoko ułożonem i znacznie ku lewej stronie zwróconem. Słabe bóle porodowe; nad ranem odeszły wody płodowe.

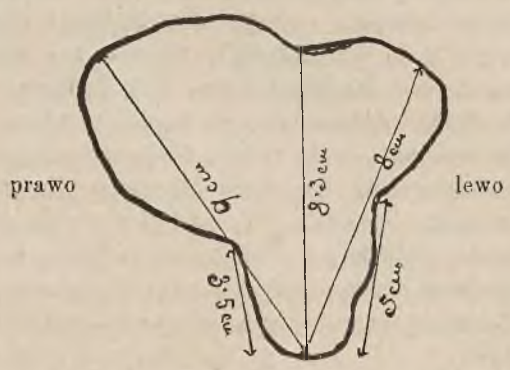
Przy wizycie rannej 17. lipca macica około płodu obciągnięta, główka odcinkiem tylko przyparta do wchodu miednicy, pomimo, że była mała i miękka; przedgłowie; ujście zewnętrzne macicy wielkości centa. Badana, zaraz po przybyciu należycie wykąpana, przedstawia typowy obraz karlicy wynędzniałej i tak pokrzywionej, że trudno znaleść jednę kość kształtu ludzkiego, z wyrazem twarzy i zachowaniem się matołka bardzo przypominającemi. Długość ciała 108 cm. Stos kręgowy w części piersiowej zgięty mocno ku stronie lewej, w części lędźwiowej odpowiednio wypuklony ku prawej i prócz tego ku przodowi. Kość krzyżowa mocno ku tyłowi i lewej stronie zwrócona. Kości uda mocno kabłąkowato ku przodowi wygięte, podudzia mocno esowato rozbieżnie ustawione. Od krętarza do kolana 32 cm., od kolana do pięty 35 cm.

Wymiary miednicy: *interspinalis 22·5 cm., intercristalis 23·5, intertrochantericus 26·5, conj. extr. 15 cm., diagonalis 10 cm., vera 8·8 cm.*

Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od największej wypukłości linii bezimiennej po stronie prawej 9 cm., po lewej 8 cm. Odległość spojenia łonowego od punktu skrzywienia gałęzi poziomych kości łonowych w kształcie dziuba osteomalatycznego po prawej 3·5 cm., po lewej 5 cm. Kość krzyżowa płaska, ku tyłowi odchylona, ku lewej połowie miednicy zwrócona, łączy się z guziczkową bardzo mało ruchomą, prawie pod kątem prostym.

Rozpoznanie: Pierwiastka w I. okresie porodu z przedwczesnym odpływem wód płodowych, nieustalonem położeniem czaszkowem I. żywego dziecka, z miednicą mocno ścieśnioną, rzekomo osteomalatyczną niepomiarową i główką dziecka małą, łatwo ściśliwą.

Kształt wchodu miednicy — wymiary w połowie naturalnej wielkości.



Ze względu na małą główkę, wprawdzie nieustaloną, ale bardzo mało poruszyć się dającą, na przedgłowie oraz poród pomimo słabych bolów przecież postępujący, postanowiłem wyczekiwać silniejszych bolów porodowych i w razie potrzeby rozmiażdżyć główkę.

Dnia 18. lipca, więc w 24 godzin, zastałem chorą wyczerpaną ciągłemi, choć słabemi bólami, bardzo niecierpliwą i niespokojną; szyja macicy wyciągnięta i rozcieńczona, dno zato grube i twarde, ujście zewnętrzne przepuszcza zaledwo 2 palce, główka nieruchoma. Słowem zamiast spodziewanego znacznego postępu w porodzie, cały stan chorej zrobił na mnie wrażenie, że dalsza bezczynność sprowadzi niebawem przedarcie macicy. Założenie świdra przy nader wysokiem ustawieniu główki i nader nieforemnej miednicy mogło nastąpić tylko z niemałemi trudnościami, wydobycie zaś zmiażdżonej główki i dziecka jeszcze z większemi. Ponieważ tętno płodu było wyraźne, postanowiłem zaproponować chorej cięcie cesarskie z wskazaniem względnem, gdyż wykonanie kraniotomi było możliwem, a gdy chora zgodziła się chętnie na tę operacyę, przystąpiłem do niej o godzinie 11. rano.

Ułożenie chorej, narkoza chloroformowa, podczas której chloroformowana bardzo niespokojna, oczyszczenie pola operacyjnego, wypróżnienie pęcherza moczowego. Cięcie w linii białej na 15 cm. długie. Przy niem naciąłem otrzewnę na macicy w długości 3 cm., z winy całkiem tępego noża, który po raz pierwszy wzięty, okazał się nieobciągniętym. Jelita i sieć utrzymane kompresami antyseptycznemi. Wytoczenie macicy przed powłoki brzuszne. Na przedniej jej ścianie rozległa sieć grubych naczyń żylnych okazywała, że łożysko leży na przedniej ścianie i wejdzie w ranę. Teraz należało uchwycić dolną część macicy między obie ręce i ścisnąć ją w miejsce opaski elastycznej Pokazało się przytem, że główka odcinkiem zaklinowana we wchodzie i należało ją pierwej uwolnić, aby przy wydobyciu dziecka nie robiła trudności. W tym celu jeden z asystujących musiał palcem do pochwy wprowadzonym wypychać główkę ku górze a drugi obejmujący rękami macicę wytłaczać ją jednocześnie nad wchód miednicy. Główka wyskoczyła wskutek takiego postępowania nagle ku górze, poniżej jej obcisnął rękami asystent macicę i wykonałem w zwykły sposób przecięcie macicy w linii środkowej. Natrafiłem całe łożysko w ranie, znaczny krwotok, szybkie odklejenie łożyska i wydobycie dziecka lekko omdlałego oraz popłodu. Macica obkurczyła się szybko, ale i równie szybko zwolniała. Pomimo nacierania i pomazywania kawałkiem lodu, mięsienia i ergotyny, brak kurczliwości; macica z przodu na tył bardzo gruba, krew sączy się obficie.

Wtłoczyłem do otwartej jamy długi pasek gazy jodoformowej, wysuwając go długiemi obcążkami przez szyję do pochwy i wypełniłem gazą całą jamę. Ergotyna podskórnie. Sześć szwów głębokich z ominięciem błony doczesnej. Pomimo tego sączy się krew a przy gnieceniu macicy z przestworów między szwami wypływa obficie. Założyłem jeszcze 5 szwów węzełkowych i teraz dopiero dokładne osiągłem zamknięcie rany tak, że mogłem ją pokryć za pomocą szwu ciągłego zespojoną i sfałdowaną otrzewną. Po oczyszczeniu rany pokazało się, że przy wytłaczaniu główki przedarła się otrzewna macicy na szyi jej na poprzek. Miałem więc oprócz rany otrzewnowej, skutkiem przecięcia macicy, jeszcze dwie rany tej błony; jedną zrobioną przy przecinaniu powłok brzusznych a drugą przy wytłaczaniu główki. Obie zaszyłem szwem Lamberta, za pomocą cienkiego jedwabiu. Krwawienie ustało zupełnie. Oczyszczenie jamy brzucha, zanurzenie macicy i zeszycie powłok brzusznych 5. szwami tamponikowemi, tyluż węzełkowemi i pończoszkowym.

Operacya trwała godzinę całą. Zwykłe opatrzenie rany. Dziecko łatwo docucone, przystawione do piersi, chciwie ssać zaczęło. Ciężar jego 1850 grm., długość 44 cm. Obwód główki 31 cm., prosty 10, poprzeczne 8·5 i 7 cm., ukośny 12 cm. Kość czołowa lewa pod boczną lewą, boczna lewa nad prawą, obie boczne nad potylicową. Łożysko 17 cm. średnicy, wagi 340 grm.

Po operacyi z braku innego miejsca umieściłem chorą w pokoju, z którego dopiero usunięto 3 świeże położnice i poleciłem podawać co 1/2 godziny łyżeczkę koniaku z wodą lub stare wino. Tętno 84. O godz. 4. po południu ciepłota 36·2, tętno 80. Chora tak niespokojna, pomimo wszelkich przedstawień rzuca się na łóżku, przewraca się i siada, że usadowiłem przy łóżku 2 praktykantki, które miały polecone choćby siłą utrzymywać chorą w położeniu w znak. W nocy częste wymioty.

19. lipca wymioty ciągłe nie ustają. Przypisywałem je, w braku objawów otrzewnowych, drażnieniu gazy jodoformowej, którą wypełniłem macicę podczas operacyi. Zbadawszy bardzo ciągle niespokojną chorą wewnętrznie, przekonałem się, że końca skrawka gazy, którym wypełniłem macicę, niema ani w pochwie, ani w ujściu zewnętrznem. Ostrożnie ułożyłem chorą na krawędzi łóżka, założyłem wziernik Fergusona, za pomocą szczypczyków Bandla uchwyciłem gazę w macicy i nie bez trudności, z użyciem pewnej siły, wydobyłem ją w całości z macicy. Gaza zabarwiona krwawo nie cuchła. Odtąd ustały wymioty zupełnie, pomimo, że chora ciągle najniespokojniej w łóżku się zachowywała, nawet na brzuch się kładła. Około południa dla uspokojenia podskórnie 0·01 morfiny. Sen kilka godzin. Wieczór znów niepokój, znów morfina i sen. Ciepłota rano i wieczór 37, tętno 112 i 100.

20. lipca wzdęcie brzucha mierne. Ciepłota rano i wieczór 37, tętno 112 i 120. Poty.

21. wymioty dwa razy. Ciepł. 37, t. 120, ale przepuszczające. Kofeina.

22. ciepł. 36·8, w. 37·3, t. 116 i 120. Wymioty ustały, po lawatywie stolec. Rosół.

23. ciepł. 36·7 i 37·5, t. 112 i 120. Kaszel, lekka sinica i kłucie w boku prawym, *digitalis* 1:100.

24. ciepł. 37 t. 100 i 108, wypróżnienie po lawatywie. Szwy tamponowe odjęto, pierwozrost. Winna polewka i mleko.

27. odjęto szwy powierzchowne i znów lawatywa ze skutkiem.

28. stan całkiem dobry, potrawka z kury. Tak samo 31. Po zmianie opatrzenia i lawatywie, o godz. 10 3/4 rano, nagle utrata przytomności, oddech płytki, szybki, charczenie, tętno 120—140 przepuszczające, zapad. Całkiem podobny stan, jak w przypadku I., tutaj w 12 dni po operacyi. Eter podskórnie, lód na okolicę serca i *venaesectio*. Około 1. polepszenie, kofeina, koniak.

1. sierpnia ciepł. 37·6, wiecz. 40·5, t. 120, kaszel z odpluwaniem flegmy, lekka sinica i osłabienie. Kompresy chłodne na klatkę piersiową co 2 godziny, koniak, naparstnica z kofeiną. Ostry nieżyt oskrzeli wywołany najprawdopodobniej przeciągami z przyczyny letniego oczyszczania budynku.

2. ciepł. 37, t. 120. Kaszel z obfitem odpluwaniem. *Ipecacuanha.*

3. Stan bezgorączkowy, *polygala senega*, kurcze. Odtąd rekonwalescencya szybka bez żadnego zboczenia tak, że 18. kąpiel i w 16 dni zupełne wyleczenie.

Przebieg więc pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Jedyne zboczenie wywołał ostry nieżyt oskrzeli przypadkowy, w którego rozwoju nastąpił znów nagły, chwilowy zapad, bez śladu krwotoku wewnętrznego, w którym wykonano nawet wenesekcyę. Zmian w sercu nie wykryto żadnych.

Chora wraz z zdrowem i bardzo ładnie odżywionem dzieckiem opuściła klinikę dopiero 20. września. Oprócz przyczyn przytoczonych przy poprzednich przypadkach, zatrzymano ją do mego powrotu z wakacyj, oraz musiano przeprowadzić z gminą, do której przynależała, korespondencyę, co do jej odbioru. Przybył po nią policyant dostawny z 10. centami dla kupienia mleka dziecku, w drodze 20 to milowej. Co się z nimi później stało, nie wiem.

III. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

Jeszcze częściej dają powód do błędnego rozpoznania złudzeń lub omamów tak zwane marzenia półsenne, zdarzające się najpospoliciej u osób padaczkowych, rzadziej u osób nerwowo chorych lub tylko bardzo wrażliwych. Clemens (*Deutsch. Vrtljschr. 1853*) opisuje bardzo ciekawy przypadek tego rodzaju w ten sposób: „wyjmowałem raz pewnej kobiecie przy pomocy noża drzazgę z palca. Pomimo, że nie zaszła żadna zmiana w tętnie ani ciepłocie ciała tej osoby, patrzącej otwartemi oczyma przed siebie, ujrzała się ona nagle przeniesioną na piękną łąkę przy brzegu strumyka, zbierała tam kwiaty i przyniosła je potem swoim znajomym. Stan ten trwał dopóty, dopóki nie skończył się wspomniany mały rękoczyn i minął potem sam przez się bez użycia żadnych środków leczniczych“. Stan taki możnaby nazwać wedle Hagena, który ten przypadek przytacza, zachwytem urazowym, nie można go jednak uważać za obraz omamowy we właściwem tego wyrazu znaczeniu.

Omamy wtedy tylko mamy przed sobą, gdy pewne osoby obok przedmiotów rzeczywistych świata zewnętrznego spostrzegają równie wyraźnie przedmioty, które w otoczeniu nie istnieją. W stanach sennych i półsennych są ludzie przeniesieni niejako w świat marzeń, który z rzeczywistością nic niema wspólnego, i dlatego przedmiotów rzeczywistych świata zewnętrznego albo nie spostrzegają wcale albo też mają o nich niewyraźne tylko poczucie zmysłowe a więc nie mają należytej świadomości o tem, co spostrzegają. — Stany takie bywają nieraz sztucznie wywołane przez pewne leki, jak makowiec, haszysz i t. p. Zdarza się często, że przedstawiające się w stanach tych, przeróżne objawy zmysłowe biorą osoby, których się to tyczy, za rzeczywistość, gdyż nieraz świadomość w takich razach mąci się częściowo, tylko tak, że przedmioty marzone i rzeczywiście spostrze-

gane mięszają się ze sobą i świat marzeń od świata rzeczywistego nie daje się dokładnie rozróżnić. W takich przypadkach widziadła t. j. obrazy zmysłowe półsenne nabierają znaczenia omamów rzeczywistych. Dzieje się to nieraz u osób wycieńczonych z powodu głodu a szczególnie u rozbitków okrętowych, gdzie oprócz głodu działa także mocne wzruszenie umysłowe.

To samo spotykamy także u osób znużonych bezsennością przez czuwanie lub pracę nocną. Osoby takie popadają w sen mimo największych wysiłków woli a gdy się w tym śnie budzą same, lub gdy je zbudzą inne osoby, często chwilowo nie mogą się oryentować; zostając bowiem pod wrażeniem obrazów sennych a spostrzegając nadto po przebudzeniu się obrazy rzeczywistych przedmiotów świata zewnętrznego, nie mogą w pierwszej chwili rozróżnić dokładnie jednych od drugich i biorą nieraz za rzeczywistość to, o czem śniły tylko.

Obrazy zmysłowe, jakie mamy we śnie, mają bardzo często siłę i wyrazistość obrazów zmysłowych rzeczywistych do tego stopnia, że je po obudzeniu się z trudnością odróżnić możemy od obrazów zmysłowych rzeczywistych i to dopiero po głębszem i dokładnem zastanowieniu się i rozpatrzeniu szczegółowem wszystkich okoliczności. Takie obrazy senne bardzo często biorą za obrazy zmysłowe rzeczywiste te osoby, u których czynności umysłowe są o tyle upośledzone, że dokładne zastanowienie się i ścisła krytyka, jaka do tego jest konieczna, u nich staje się niemożliwą.

Osoby takie uważają często za obrazy rzeczywiste wspomniane wyżej obrazy wyobraźni a nawet nie potrafią rozróżnić dokładnie tego, o czem myślały lub słyszały z opowiadania, albo też co czytały, od tego, co w rzeczywistości widziały i słyszały, względnie czego istotnie doświadczyły. Jeżeli osoby takie opowiadać będą o tego rodzaju rzeczach, tylko w swej wyobraźni wytworzonych, jak o rzeczach rzeczywistych, będziemy mieli przed sobą nie omamy, ale tak zw. złudzenia pamięciowe, pojawiające się bardzo często w przebiegu różnych chorób umysłowych, cechujących się mniejszem lub większem upośledzeniem władz umysłowych.

Niezawodnie każdy z nas nieraz już doświadczył tego, że, gdy się ułoży do snu i przymknie powieki, nim jeszcze zaśnie, spostrzega różne widziadła przed sobą, zmieniające się nieraz co chwilę. Widziadła te mają często wielkie podobieństwo do rzeczywistych obrazów zmysłowych pod względem swej wyrazistości, znikają jednak zazwyczaj natychmiast po otworzeniu powiek. W prawidłowym stanie umysłu możemy bardzo łatwo poznać, że to są obrazy rozpoczynającego się snu; więc nie możemy takich obrazów sennych brać za rzeczywiste omamy, możemy je jednak nazwać omamami wrzekomemi (*pseudohallucinationes*). W nieprawidłowym stanie umysłu i wielkiej drażliwości ośrodków zmysłowych podkorowych zdarzyć się może, że te półsenne obrazy będą miały taką siłę i wyrazistość, że osoby, których się to tyczy, nie potrafią ich odróżnić od rzeczywistych obrazów zmysłowych, gdyż widzenia te pojawić się mogą w tym razie i przy otwartych powiekach. W takim przypadku obrazy te przestaną być omamami wrzekomemi a staną się rzeczywistemi. Gdy stan umysłu tych osób poprawi się tak, że dokładne zastanawianie się i krytyka staną się możliwemi, wtedy osoby te potrafią odróżnić te widziadła półsenne od rzeczywistych obrazów zmysłowych i sami nazywać je będą przywidzeniami, t. j. omamami wrzekomemi. Między temi omamami wrzekomemi a rzeczywistemi istnieje przeto różnica tylko pod względem stopnia a nie pod względem istoty rzeczy. Czy w danym jakimś przypadku choroby umysłowej mamy istotnie do czynienia z omamami zmysłowemi, to nie zawsze da się stanowczo rozstrzygnąć i z pewnością można powiedzieć z Hagenem, że często rozpoznaje się omamy zmysłowe tam, gdzie ich w rzeczywistości niema. Jeżeli często trudną jest rzeczą rozpoznać, czy mamy przed sobą omamy, to jeszcze trudniejszem nieraz jest rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku mamy do czynienia z omamami, czy ze złudzeniami zmysłowemi. Niekiedy rozróżnienie to staje się wprost niemożliwem, zwłaszcza w zakresię czucia podmiotowego a także w zakresie zmysłu smaku i powonienia; dlatego też, jak już wspomniałem, niektórzy psychiatrzy, zwłaszcza niemieccy, nie rozróżniają ściśle omamów od złudzeń i oba te rodzaje zboczeń zmysłowych obejmują jednem mianem *Sinnestäuschungen*.

Arndt (*Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. 1886. B. VI. S. 217.*) jest przeciwnym ścisłemu rozróżnianiu omamów od złudzeń zmysłowych i mówi: „Takie podmiotowe poczucia zmysłowe, które mają cechę wyobrażeń, zowią się omamami; inne zowią się tylko poczuciami podmiotowemi. Przedmiotowe poczucia, noszące jednak piętno podmiotowości podobnie jak w omamach, a więc poczucia i wyobrażenia nie odpowiadające podnietom, pochodzącym od danych przedmiotów rzeczywistych, zowią się złudzeniami. Między złudzeniami a omamami niema przeto żadnej istotnej różnicy. Od samego początku sztuczne to rozróżnianie okazuje się coraz bardziej niewłaściwem i nieuzasadnionem a jeżeli dziś jeszcze kto robi jakie w tym względzie wysiłki, opiera się tylko na wywodach naciąganych (*Spitzfindigkeiten*). Rozróżnianie omamów od złudzeń może mieć obecnie chyba tylko historyczne znaczenie“. Tego samego zdania jest Sander i wielu innych.

Takie jednak mięszanie różnych zboczeń bez rozróżniania ich należytego nie jest wcale korzystnem dla nauki, której zadaniem jest i musi być zawsze, zdawać sobie najdokładniej sprawę ze wszystkich, ile można, objawów życiowych, bo tylko w ten sposób możemy z czasem przyjść do należytego ich zrozumienia. Widzieliśmy, że tak zwolennicy teoryi duchowej bezwzględnej i względnej, jako też zwolennicy teoryi zmysłowej o powstawaniu omamów zmysłowych mają wiele słuszności w swych zapatrywaniach. Z tego wynika, że prawda jest w pośrodku a przeto ani zwolennicy jednej, ani zwolennicy drugiej teoryi nie mogą mieć bezwzględnej słuszności. To też znajdujemy między psychiatrami wielu zwolenników t. zw. mięszanej teoryi o omamach zmysłowych, w której zdania, na pozór zasadniczo różne, są ze sobą harmonijnie połączone. Kahlbaum rozróżnia na tej podstawie omamy zmysłowe dwojakiego rodzaju: 1) mające swe źródło w pierwotnem zadrażnieniu obwodowych; 2) mające swe źródło w pierwotnem zadrażnieniu korowych zakończeń nerwów zmysłowych. Kahlbaum jest tego zdania, że do powstania rzeczywistych omamów zmysłowych koniecznem jest zadrażnienie odpowiednich, podkorowych ośrodków zmysłowych; zadrażnienie to może jednak wedle niego nastąpić tak drogą dośrodkową, jakoteż drogą odśrodkową. Teorya ta niema wielu zwolenników między niemieckimi psychiatrami, hołduje jej natomiast wielu psychiatrów francuskich.

Bucher (*Discussions sur les illusions et les hallucinations. Annales médico psychologiques. T. XX.*) pisze: „Skoro się przypuszcza, że wrażenie zmysłowe postępuje od zmysłu do narządu przenośnego, z narządu przenośnego do rdzenia przedłużonego a następnie ztąd do mózgu; dlaczego nie możnaby przypuścić, że wyobrażenie zmysłowe może także odbyć drogę odwrotną i przejść na rdzeń przedłużony, ztąd przenieść się na narząd przenośny a z tego przejść na zmysł sam, t. j. dojść w końcu do siły i cechy wrażenia zmysłowego zewnętrznego?“ Baillarger (*Des hallucinations psychosensorielles. Annales médico psychologiques. T. VII.*) rozróżnia także dwojakiego rodzaju omamy: 1) duchowe (psychiczne), 2) zmysłowe (sensoryczne). Marcé (*Traité pratique des maladies mentales. Paris. 1862*) jest także wyznawcą teoryi mięszanej, t. j. tak zwanej duchowo-zmysłowej. Do tego samego obozu należy Morel (*Traité des maladies mentales 1860*). Ten autor rozróżnia następujące rodzaje omamów i złudzeń zmysłowych. 1) Omamy i złudzenia (omamowe) pochodzące ze zboczeń w układzie nerwowym zwojowym, t. j. mające swe źródło w zmianie czynności narządów odżywczych. Tu należą uczucia śledziennicze najrozmaitszego rodzaju, dające powód do najrozmaitszego rodzaju błędnych wyobrażeń i myśli zwanych urojeniami. 2) Omamy i złudzenia (omamowe), mające swe źródło w nieprawidłowem zadrażnieniu nerwów zmysłowych. 3) Omamy mózgowe samoistne, przychodzące do skutku w przekrwieniach i różnych innych chorobach samoistnych mózgu. Tak samo nadmierna krwistość a z drugiej strony niedokrewność a więc nadmiar i niedostateczna ilość krwi mogą wywoływać omamy zmysłowe skutkiem zboczeń w czynności mózgu. Sprawy zapalne w oponach mózgowych i w korze mózgowej bywają także bardzo często przyczyną omamów zmysłowych Jak widzimy, Morel nie uwzględnia osobno ośrodków zmysłowych podkorowych i korowych 4) Omamy mózgowe towarzyszące różnym chorobom ogólnym ustroju. Tu należą omamy zmysłowe pojawiające się w przebiegu duru i różnych ostrych chorób zakaźnych. Brierre de Boismont podaje w swem dziele *Traité des hallucinations* bardzo wiele przykładów omamów tego rodzaju. 5) Omamy powstałe skutkiem działania różnych trucizn do krwi wprowadzonych, jak np. wyskoku, nikotynu, makowca i t. p. 6) Omamy półsenne (*hallucinations hypnagogiques*). Nazwę tę wprowadził Maury (*Annales médico-psychologiques T. XI.*) na oznaczenie różnych zjawisk zmysłowych, przedstawiających się na początku, względnie na końcu snu a więc w stanie półsennym. Jak już wspomniałem, najczęściej okazują się omamy półsenne u osób czuwających lub pracujących nadmiernie umysłowo po nocach aż do znużenia. 7) Omamy wyobraźni i pamięci.

Że wyobraźnia bywa czasem źródłem powstawania różnych omamów zmysłowych, stara się Morel udowodnić przykładami. W tym celu przytacza przypadki, gdzie u chorych początkowo nie było ani złudzeń ani omamów, lecz pewne tylko przykre myśli stale trapiły ich umysł. Myśli te przechodziły mimowolnie, ale były tak żywe, że chorym tym zdawało się, iż słyszą je głośno wypowiadane w swojej własnej głowie. W dalszym rozwoju choroby każdy szelest niewyraźny i każdy szmer przedstawiał się w formie słów odpowiadających owym myślom. Chorzy zaczęli doznawać złudzeń zmysłowych. W końcu, przy większem nasileniu się choroby, wystąpiły odpowiednie omamy zmysłowe z początku niewyraźne a później coraz wybitniejsze i wyrazistsze. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyologia.

E. Spiegler: **O odczynie miejscowym po zastósowaniu podskórnem związków chemicznych.**

(Z kliniki dermatologicznej prof. Kaposiego w Wiedniu).

Gdy Klebsowi udało się otrzymać z tuberkuliny inne ciało, które podobnie działa, jednak ogólnej reakcyi nie wywołuje, powstało mniemanie, że tuberkulina składać się musi z dwóch ciał działających, z których jedno trujące (*pyrogen*) ogólne wywołuje objawy; drugie, tuberkulocydyna, tylko miejscowy sprawia odczyn. Już wówczas sposób, w jaki te zjawiska tłómaczono, nie zadawalniał zupełnie; tem mniej jednak, skoro się przekonano, że także inne substancye, z prątkiem gruźliczym nie zostające w związku, podobnie jak tuberkulina, sprowadzają odczyny w tkankach dotkniętych liszajem żrącym (*lupus*), gruźlicą i t. p. Tak zachowują się n. p. sole kantarydynowe. Freund i Kerry otrzymali z gnijących we wodzie ziemniaków substancyę, która wstrzyknięta podskórnie wywoływała reakcyę w obwodowych ogniskach liszaja żrącego, wśród lekkich objawów ogólnych. Doświadczeń tych jednak nie ogłoszono. Prawie równocześnie otrzymał Roemer a później Buchner podobne odczyny po zastósowaniu wyciągów z prątków innych, nieseptycznych. Wreszcie Mosetig, Dizon i Zuill, Horbaczewski podobne zrobili doświadczenia a Hebra był pierwszym, który użył związku chemicznie dokładnie oznaczonego (tyozynamina).

Autor musiał nabrać przekonania, że działanie to nie ma cechy swoistej i że rozchodzi się tu o substancye, które wprowadzone w krążenie drażnią tkanki mocniej unaczynione a niżej uorganizowane. To przypuszczenie zyskuje na prawdopodobieństwie przez znane doświadczenie Kaposiego o oddziaływaniu tkanki mięsaka na tuberkulinę a autorowi również udało się wywołać odczyn miejscowy w nabłoniaku (*epithelioma*) wargi po wstrzyknięciu podskórnem tyofenu. Dlatego zachęcony przez Kaposiego, począł szukać ciał o oznaczonym dokładnie składzie chemicznym i używać ich podskórnie u chorych, dotkniętych gruźlicą lub liszajem żrącym.

Doświadczenia swe, wykonane w klinice Kaposiego, podaje S. szczegółowo. Udało mu się znaleść cały szereg substancyj, z których jedne wyraźniejsze, inne słabsze wywoływały odczyny. Do tych ciał należą: tyofen, benzosol, sulfomocznik, sulfetylmocznik, aceton, propilamina, trymetylamina, alilamina, tauryna i kadaweryna. Żadne z nich nie wywoływało objawów ogólnych, jedynie odczyn miejscowy. Ciała te należą do rozmaitych typów chemicznych, lecz połączenia organiczne amoniaku a w szczególności aminy najwybitniejsze wywołują reakcye. Chociaż podczas ich używania podskórnego ogniska liszaja żrącego niemal w oczach się zabliźniały, jednak autor odmawia im, tak jak i tuberkulinie, znaczenia leczniczego. Zawsze bowiem spostrzegano nawroty sprawy chorobowej a według Kaposiego powtarzające się zapalenia miejscowe w celu inwolucyi wywoływać można równie dobrze środkami miejscowemi, jak n. p. nalewką jodową. Wreszcie takiej terapii S. nie uważa za obojętną. Sądzi bowiem, że wzniecając ostre zapalenie w tkance, w której się znajdują żywe prątki gruźlicze, możnaby wprowadzić zarodki chorobotwórcze do innych narządów przez naczynia limfatyczne i krwionośne. Powołuje się w tym względzie na doświadczenia Hebry, który spostrzegał często, że chorzy niegorączkujący z gruźlicą po wstrzyknięciu podskórnem tyozynaminy stale zaczęli gorączkować.

S. po powyższych spostrzeżeniach sądzi, że nie należy przypisywać pewnym substancyom swoistego wpływu na tkanki schorzałe i że dałoby się znaleść niezliczony szereg ciał o najrozmaitszym składzie chemicznym, które będą się zachowywały podobnie. Na pytanie, dlaczego opisane przez

autora odczyny przebiegały bez objawów ogólnych i bez gorączki, odpowiada, że substancye do doświadczeń użyte, przedstawiają pierwiastek tylko reakcyę miejscową wywołujący, tak jak tuberkulocydyna w tuberkulinie. Lokalna reakcya przychodzi w ten sposób do skutku, że młode, nisko uorganizowane tkanki o wiele bardziej ulegają szkodliwemu wpływowi połączeń chemicznych, krążących w naczyniach, niż tkanki stare i stałe a działanie wszystkich ciał podobnie się zachowujących odnieść należy do tej wspólnej zasady. (*Centralbl. f. klin. Med. 36. 1893*). *Sch.*

Choroby dzieci.

Rotschild (w Berlinie): **Pląsawica po płonicy.**

Etyologia pląsawicy mimo nader wielu sumiennych badań nie jeszcze dokładnie rozjaśniona i błąka się między przypuszczeniami począwszy od niewinnych teoryj, że jest zboczeniem czynnościowem, aż do daleko idącego przypuszczenia, że pląsawica jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez swoisty jad. Częsty związek pląsawicy ze zmianami w sercu przysparza zwolenników teoryi, której i R. hołduje, że choroba ta powstaje przez dostanie się małych zatorów do mózgu. Dość często słyszymy także o pojawianiu się pląsawicy po chorobach zakaźnych; związek jednakże między chorobą zakaźną a pląsawicą niełatwy jest do wyjaśnienia. Przytoczony przez autora przypadek pląsawicy po płonicy o tyle jest cennym, o ile udało się autorowi śledzić bieg chorób od początku i właśnie wykazać związek między niemi. I tak: u 5-letniej dziewczynki przebiega prawidłowo płonica; w 10 dni później znaleziono obrzęki około stawów a w 6 dni później szmer nad koniuszkiem serca; po upływie blisko 2-ch tygodni typowy obraz pląsawicy. W tym przypadku zatem powstała pląsawica po płonicy mając jako ogniwa łączące zapalenie stawów i zmiany w sercu. (*Archiv. f. Kinderh. II. 1893*). *Dr. Raczyński.*

Przegląd terapeutyczny.

— Malacyna jest to nowy lek przeciwgośćcowy, tem różniący się od wielu sobie pokrewnych, że działa nadzwyczaj łagodnie, zkąd jego nazwisko. Przedstawia się w postaci drobnych kryształków, blado-żółtych, nie rozpuszczających się w wodzie a dosyć łatwo rozpuszczających się w ciepłym wyskoku. Kwasy mineralne, nawet bardzo rozrzedzone (kwas chlorowodowy już 3‰) rozkładają malacynę na aldehid salicylowy i fenacetynę.

A. Jaquet, asystent kliniki lekarskiej w Bazylei, doświadczał działania leczniczego malacyny na 74 chorych dotkniętych ostrym gośćcem stawowym, durem, suchotami płucnemi, płonicą i rozmaitemi newralgiami, przekonawszy się poprzednio o nieszkodliwości jej dla królików, które ją znoszą dobrze nawet w dawkach dwugramowych.

J. zadawał chorym malacynę w proszkach gramowych po 4 do 6 na dzień. Cztery gramy malacyny odpowiadają mniej więcej dwom gramom kwasu salicylowego. Przewód pokarmowy znosi bardzo dobrze malacynę, która rozkłada się pod wpływem soku żołądkowego na aldehid salicylowy i fenacetynę, jak o tem można sądzić ze stałej obecności kwasu salicylowego w moczu osób zażywających malacynę.

W gośćcu stawowym ostrym działała malacyna zawsze pewnie i rychło a nie wywoływała pewnych, nieprzyjemnych przypadów, jak bólu głowy, zawrotu, szumu w uszach, nadmiernych potów i t. p., właściwych używanym dotychczas przetworom kwasu salicylowego. To działanie tłómaczy Jaquet ztąd, że kwas salicylowy wywiązuje się z malacyny w ustroju powoli w miarę jej rozkładu; działa jednak energicznie, jako *in statu nascenti.*

Działanie przeciwgorączkowe malacyny, lubo nie ulega żadnej wątpliwości, nie jest tak energiczne, jak antypiryny i fenacetyny a w dodatku występuje powoli w miarę rozkładu. Mimo tego można użyć korzystnie malacyny w niektórych chorobach gorączkowych, jak n. p. w suchotach płucnych i wogóle u osób wynędzniałych, gdzie chodzi o to, aby nie wywołać ani zapadu ani dreszczów. W ogólności gram malacyny obniża ciepłotę gorączkową o 0·7—1·5° a obniżenie to rozpoczyna się w 1½—2 godzin po zażyciu i utrzymuje się przez 4 do 6 godzin.

Malacyna działa korzystnie przeciw bólom głowy u osób niedokrewnych, działa zaś przeciw właściwym newralgiom o wiele słabiej, niż antypiryna.

— Sironi i Alessandri donieśli niedawno Akademii lekarskiej w Rzymie, że znaleźli białko w moczu u 68% osób chloroformowanych, okoli zność, na którą już dawniej zwrócili uwagę świata lekarskiego Patein i Terrier.

Patein zbierał mocz 1) przed chloroformowaniem, 2) po zupełnem znieczuleniu chloroformem, jednakowoż przed operacyą i 3) po operacyi.

Znaleziono białka w moczu
pod 1) 6 razy na 50 czyli u 12%
„ 2) 22 „ „ 60 „ „ 35%
„ 3) 54 „ „ 74 „ „ 73%.

Ten białkomocz pochodzi z chloroformu, powstaje raz na 3 razy i bez żadnego zranienia i bez utraty krwi, trwa krótko i znika nieraz tegoż samego dnia.

Ilość białka zazwyczaj nie zostaje w prostym stósunku do trwania znieczulenia; może być znaczna po operacyi nawet bardzo krótkiej a wcale nieznaczna po operacyi trwającej i 2 godziny. Wydaje się przeto, iż białkomocz zależy od samego znieczulenia i stanu nerek tudzież układu naczynnego.

Przyczyny tego białkomoczu poszukiwaćby należało w wydzielaniu (wątpliwem zresztą według badań Pateina) się chloroformu przez nerki i zmianach ciśnienia krwi w tętnicach podczas znieczulenia chloroformowego.

Ilość prawidłowych składników moczu, jak mocznika, kwasu moczowego, chlorków, powiększa się skutkiem chloroformowania a znieczulenie chloroformowe nie wpływając na czynność przewodów moczowych działa przede wszystkiem na kłębki, gdzie chwilowo przepaca się surowica krwi.

Nie wydało się, aby pochodzenie chloroformu, byleby tylko odpowiadał on wymaganiom farmakopei francuskiej, miało wpływ na pojawianie się białkomoczu i chloroform angielski nie okazał w tej mierze żadnej wyższości.

(*Les nouveaux Remèdes. 20. 1893*).

— Przeciw swędzeniu rzyci (*pruritus ani*) u dzieci skutkiem rupij (*oxyuris vermicularis*) zaleca Liveing wcierać co wieczór maść złożoną z równych części szaruchy i wazeliny. Można także używać maści z 1 części kalomelu na 10 cz. wazeliny lub maści kokaino-bizmutowej złożonej z 1 części kokainy, 2 części *bismuthum subnitricum* (czyli *magisterium bismuthi*) i 20 części lanoliny.

(*Ann. of. gyn. and paed. 10. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Przeciwko morzysku czyli kolce wątrobowej zapisuje Ferrand:

139) Rp. *Glycerini puri 20·00—30·00*
Aquae laurocer. 25·00—30·00
Aquae chlorofor-mio saturatae 20·00—30·00

Wyżyć na dwa lub trzy razy a gdyby tego nie znoszono, co kwadrans po łyżeczce od kawy podczas napadu.

W celu zapobieżenia napadowi owego morzyska dobrze jest zażywać co rano po 10 do 20 gramów gliceryny w pół szklanki jakiej wody alkalicznej.

Gautier zaś zaleca w kolce wątrobowej:

140) Rp. *Natrii benzoici*
Natrii salicylici
āā 5·00
Pulveris nucis vomicae 0·50
M. f. p. in dos. aeq. 20 div.

S. Zażywać po trzy proszki dziennie podczas napadu i później jeszcze po ustaniu wszelkich bólów przez 4 do 6 tygodni.

Przeciw przewlekłemu gośćcowi zaleca Whitla:

141) Rp. *Natrii jodati* 8·00
Natrii bicarbonici 16·00
Kalii bicarbonici 30·00
Solutionis ars. Fowleri 6·00
Dcti sarsaparillae compositi 600·00
MDS. Po obiedzie i po kolacyi zażywać po łyżce stołowej.

V. List z Konstantynopola.

Dnia 11. listopada 1893.

O czem tu pisać z nad Bosforu, jak nie o panującej tu cholerze, której postępy i rozszerzanie się napełniają trwogą tak tubylców, jak obcych, tamują handel i wstrzymują przyjazd obcych. Jej więc tych parę słów poświęcam.

Aż do sierpnia b. r., mimo rozszerzania się cholery na kontynencie europejskim, w Persyi i Arabii, mimo częstych stósunków okolicy państwa otomańskiego z zakażonemi prowincyami, Carogród wolnym był od cholery. Gdzie tego wyjątkowego zdarzenia przyczyna, nie da się jeszcze dziś oznaczyć — a że nie same tylko zarządzenia sanitarne, kwarantany i cały aparat biurokratyczny turecki zapobiegały aż do tego roku zawleczeniu zarazy, to dla znającego całą ich nędzotę nie przedstawia wątpliwości. Rząd turecki jednak opierając się na fakcie niezawleczenia zarazy, bronił i broni do upadłego wartości wyż wymienionych środków, nie przystąpił do uchwał tegorocznej konferencyi sanitarnej w Dreźnie a uchwały zeszłorocznej konferencyi w Wenecyi przyjął o tyle tylko, o ile tyczyły się portów tureckich. — Wobec panującej cholery w Rosyi, Rumunii, Węgrzech, Persyi i Arabii, stósowano z całym rygorem przeszłowiecznym nakadzania siarką lub chlorem, desinfekcyonowano listy i telegramy (*sic*) przychodzące z okolic zakażonych, nakładano kwarantany na osoby lub towary przybywające z tych stron, uniemożliwiano handel i przywóz, łudzono się pozorną środków tych wartością, aż tu na raz w drugiej połowie sierpnia b. r. pojawiają się sporadyczne przypadki podejrzane w Galacie i Skutari, i odrazu wybucha mordercza epidemia w szpitalu obłąkanych w Skutari, której w niespełna 3 tygodniach 190 osób z 350 mieszkańców padło ofiarą. Poruszono naraz cały aparat urzędniczy i lekarski, zaprowadzono kordon wojskowy około każdego zakażonego domu, podwojono pensye lekarzom wojskowym, których tu wyłącznie do celów poskromienia epidemii użyto, ba, nawet niebywała rzecz w armii, wypłacono im regularnie pensye, zakazano przywozu i sprzedaży owoców i jarzyn a cholera... poszła dalej, zajęła koszary wojskowe w Haidor-Pasza i Skutari, przeniosła się na szpitale cywilne i wojskowe, przeszła na gnijące wśród Bosforu okręty wojenne i jakoś nie myśli ustępować.

Nad przyczyną tego zjawiska warto się może zastanowić. Przedewszystkiem wypada nam się zapytać, kto dyagnostykuje cholerę w Konstantynopolu i komu powierzono przedsięwzięcie potrzebnych środków? Podzielono miasto i okolicę na cyrkuły i całą służbę oddano lekarzom wojskowym, wyłącznie tureckim. Poziom wykształcenia lekarskiego tych organów, biorąc ściśle, w najlepszym razie, odpowiada wykształceniu młodego felczera, broń Boże felczera-praktyka. Ze szkoły wojenno medycznej w Konstantynopolu wychodzą ludzie bez żadnego praktycznego wykształcenia. Wiadomości lekarskie czerpią młodzi adepci Eskulapa z tureckiego tłómaczenia starego wydania Niemeyera, wiadomości z anatomii opisowej lub patologicznej z atlasów lub preparatów woskowych (wykonywanie sekcyj zabronione przepisami Koranu!), kilka operacyj chirurgicznych lub okulistycznych wykonanych bez antyseptyki pod okiem profesora a przede wszystkiem opłata 7 funtów tureckich — oto wszystko, czego tu od lekarza wymagają; z dyplomem w ręce może truć i mordować pod płaszczykiem stopnia lekarskiego; jemu powierzone zostaje zdrowie wojska, on jest panem życia i śmierci pacyentów, jemu powierzają i tu rozpoznawanie cholery i przedsięwzięcie odpowiednich środków. Faktem jest, że z tylu lekarzy europejskich oprócz prof. Chantemesse, którego gmina z Paryża sprowadziła, i piszącego, powołanego czasowo z woli sułtana, ani jeden przypadku cholery nie widział!

Takim to lekarzom dodano do pomocy gwardyę odzianą w kauczukowe płaszcze, gwardyę składającą się z wyrzutków społeczeństwa: Greków, Lewantyńców i t. d., którzy krzycząc i kradnąc wpadają do domów, w których podejrzany pojawił się przypadek, wynoszą chorego do improwizowanego szpitala cholerycznego, desinfekcyonują, palą i pieczętują dom zakażony, który następnie kordon wojskowy na dni 10—40 otacza.

Oto próbki pracy tej gwardyi, której powstanie Stambuł p. Chantemesse zawdzięcza. — Pewnej nocy znaleziono w Galacie w zaułku pijanego kompletnie Greka, u którego nadmiar alkoholu wymiotami się objawił. Skoro wyrok przywołanego Eskulapa cholerę zdecydował, napchano biedakowi wśród krzyków i zaklinania, że on tylko pijany, do ust, nosa i odbytnicy chlorku wapna (*sic!*), zawleczono o 4 godziny drogi do szpitala, gdzie naturalnie z poparzenia umarł, ale umarł: *ergo cholera!*

Innym razem otacza taż gwardya domek mały nad brzegiem Złotego Rogu, z którego słychać było jęki i krzyki — więc cholera; wpadają, nie pomagają zaklęcia męża, że to żona, którą porodowe bóle chwyciły, zabierają biedaczkę, ta po drodze rodzi i wśród zapadu umiera i t. d. Ba! nawet nie brak przypadków, w których aplikowano lawatywy z kwasu karbolowego!

A desinfekcya publiczna i prywatna? To chwilowo najlepsze źrodło dla zbogacenia się: dotychczas kosztuje samo wapno niegaszone 19,000 funtów tureckich = 190,000 złr., chlorek wapna przeszło 4,000 funtów — podczas gdy wykazy władz cłowych wartość sprowadzonego wapna wogóle ledwie na 400 funtów obliczają.

Aptekarzom polecono srodze meldować każdy przypadek, w którymby ktoś z apteki zażądał karbolu lub opium; natychmiast wyż wspomniana gwardya i lekarze wpadają do domu — i biada, jeżeli się *bakszyszem* nie da zapalu ich ulagodzić — odrazu powstaje nowy przypadek cholery.

Sułtan w trwodze, w której go sztucznie utrzymują podli służalcy, asygnuje sumy, które toną w ich kieszeniach; gniewa się, że jeszcze cholera nie ustała, siedzi w pałacu otoczony ścisłą strażą; sprawozdania ustne i pisemne przyjmuje przez drzwi zamknięte, bojąc się zakażenia. Trwoga przed spiskiem ustąpiła trwodze przed cholerą; słowem zamięszanie nie do opisania, z którego trudno wybrnąć. Przyznam się, że po miesięcznej pracy bezowocnej, wobec intryg, niedowierzania, jakie Turcy każdemu obcemu okazują, wobec złej woli organów wykonawczych, sprzykrzyła mi się już służba, bo i nie widzę widoków odmiany.

Dr. J. Karliński.

VI. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Komitet generalny XI. międzynarodowego lek. zjazdu w Rzymie, ulegając życzeniu Kolegów rozmaitej narodowości, jako nowy termin przyszłego zjazdu wyznacza czas od dnia **29. marca** do **5. kwietnia** 1894 r. Zawiadamiając o tem Komitet polski i upraszając o podanie tej wiadomości wszystkim Kolegom naszego kraju, Komitet generalny zarazem zapewnia, że pod względem umieszczenia uczestników zjazdu będą niewątpliwie poczynione wszelkie ułatwienia a liczba mieszkań okaże się wystarczającą.

Podając powyższą odezwę generalnego Komitetu do wiadomości Szan. Kolegów, Komitet polski ma zaszczyt zarazem niniejszem upraszać o zgłaszanie się z odczytami oraz o przesyłanie należytości za karty legitymacyjne pod adresem przewodniczącego.

Przewodniczący Sekretarz
N. Cybulski, Kraków, ul. Szczepańska 11. *P. Radecki.*

— Pizzocaro zwraca w *Riforma medica* uwagę, że na przebieg krztuśca czyli kokluszu wpływa korzystnie szczepienie krowianką, o czem wszakże już dawniej wiedzieli Jenner, Chapman, Vogel i inni. W kilkunastu bardzo gwałtownych przypadkach, w których użyto napróżno środków zwykłych i w których bywało po 20 do 30 napadów kaszlu dziennie, po szczepieniu krowianką nastąpiło w 11 do 18 dni zupełne wyleczenie.

— Według dat urzędowych skończyło we Francyi w r. 1890 życie swe samobójstwem 8410 osób a mianowicie 6576 mężczyzn (78%) i 1834 kobiet (22%). Tak jak w innych krajach, i we Francyi rośnie ciągle liczba samobójstw i obliczona na 100000 mieszkańców wynosiła od r. 1861 co lat pięć 12, 13, 15, 17, 19 i 21 a zatem w ciągu lat 30 wzrosła o 75% pierwotnej liczby. Szczególniej uderza zwiększenie się liczby samobójstw u niedorostków poniżej lat 16.

— W Londynie panuje od 2 miesięcy ciężka epidemia błonicy (dyfteryi); umiera na nią tygodniowo po 80 do 90 osób.

— Z początkiem roku przyszłego wchodzi we Węgrzech ustawa, już przez izbę poselską sejmu węgierskiego uchwalona, według której urzędowym lekarzom okręgowym w stolicy kraju nie wolno zajmować się praktyką lekarską, za co otrzymają stósowne podwyższenie swych pensyj.

— Ze spraw mających znaczenie higieniczne, któremi ma się wkrótce zajmować parlament niemiecki, zasługują na uwagę ustawa o postępowaniu z epidemiami, ustawa o handlu truciznami i projekta opodatkowania tytoniu i wina. O ile nie można zaprzeczyć, że opodatkowanie tych dwóch artykułów codziennej potrzeby wpłynie na konsumcyę szkodliwie i wyrządzi pewne straty osobom z przemysłu w tej mierze żyjącym, o tyle trzeba znów uznać, że zdrowie publiczne na tem tylko zyska. Jeżeli już jednak dzisiaj wszystkie prawie państwa europejskie okładają podatkiem, co tylko obłożyć można, jak kwity, listy frachtowe i t. d., to nie powinny zdaniem *Münch. med. Wochschr.* zapomnieć o nałożeniu podatku na leki tajemne. Wprawdzie skutkiem zaprowadzenia podatku zmniejszyłaby się konsumcya (to kwestya!), ale na tem dobro publiczne nie wyszłoby wcale źle, jeżeli się zważy, że owe środki tajemne obliczone są tylko na łatwowierność i nierozsądek. W Anglii i Francyi zresztą zaprowadzono podatek od leków tajemnych z bardzo dobrym skutkiem dla skarbu publicznego, który we Francyi miał z tego tytułu w r. 1890 12 milionów franków dochodu.

— Dzienniki lekarskie francuskie uskarżają się, iż miasta południowej Francyi, położone nad brzegiem morza Śródziemnego, odwiedzane tłumnie, jako stacye klimatyczne i ciągnące ztąd olbrzymie zyski, nie dbają o uporządkowanie swych stósunków higienicznych tak, jak o to dbać powinny ze względu na swój własny, dobrze zrozumiany interes. Tak n. p. w tak uczęszczanem mieście Antibes, panuje obecnie epidemicznie ospa, której w ciągu ośmiu dni było więcej niż 100 przypadków!

— **Nekrologia.** Zmarli: W Londynie w dniu 6. b. m. z udaru mózgowego Sir Andrzej Clark, niewątpliwie najznakomitszy tegoczesny klinik angielski. W Sengileju w gubernii lekarz ziemski Dr. Kazimierz Radzimiński, wychowaniec uniwersytetu kazańskiego, na błonicę, którą zaraził się od chorych. W Halli nad Salą Dr. Kaltenbach, profesor ginekologii w tamecznym uniwersytecie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę III. asystenta bezpłatnego przy klinice chirurgicznej. Lekarze, którzy pracowali specyalnie w anatomii patologicznej, mają pierwszeństwo.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 1. grudnia 1893 r.

Kraków dnia 21. listopada 1893 r.

Browicz
Dziekan Wydziału lekarskiego.

L. 733.

Urząd gminny miasta Birczy ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego.

Do posady tej, która na razie będzie prowizorycznie nadaną a po roku stabilizowaną, przywiązana jest płaca roczna 400 złr. w. a. tudzież dochód z oględzin zwłok i bydła.

Podania zaopatrzone w **dyplom doktora medycyny** należy wnosić do urzędu gminnego miasta Birczy do dnia 15. grudnia 1893.

Bircza dnia 15. listopada 1893. 136—3—2

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.